

# SANTA YNEZ TRIBAL HEALTH CLINIC

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nuevo     Annual

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ F. de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Genero:     M  F    NSS#: \_\_\_\_\_     Casado/a  Soltero  Nino  Otro: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: H \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ Mejor hora de llamar:     8a-12p  12p-5p

## INFORMACION ETNICA Y DEL HOGAR

RAZA:     Santa Ynez Chumash     Otro Nativo Americano / Indio de Alaska: \_\_\_\_\_  
            Otro Chumash: \_\_\_\_\_     Otro (no nativo): \_\_\_\_\_  
 Afiliación Tribal: \_\_\_\_\_ Cantidad:     1/2  1/4     Otro: \_\_\_\_\_  
 Apellido de Padre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Lugar de Nac.: \_\_\_\_\_ Tribu: \_\_\_\_\_  
 Apellido de Madre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Lugar de Nac.: \_\_\_\_\_ Tribu: \_\_\_\_\_  
 Ingresos mensuales (bruto): \$ \_\_\_\_\_ Tamaño de Familia: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE EMPLEO

Lo siguiente es para:     el Paciente     esposo/a del Paciente     otra persona responsable de pagar  
 Nombre de empresario: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_ Numero de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Domicilio de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion al paciente: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_  
 Telefono: H \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ Mejor hora de llamar:     8a-12p  12p-5p

## INFORMACION DE ASEGURANS Y FINANCIERO

### INFORMACION DE ESPOSO/A O PERSONA RESPONSABLE DE PAGAR:

Lo siguiente es para:     el Paciente     esposo/a del Paciente     otra persona responsable de pagar  
 Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_  
 FDN: \_\_\_\_\_ NSS#: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_  
 Telefono: H \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ Mejor hora de llamar:     8a-12p  12p-5p

### INFORMACION DE ASEGURANS:

Plan principal: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ #de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Apellido del asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_  
 Relacion al paciente:     Si mismo  Esposo/a  Nino  Otro: \_\_\_\_\_  
 Plan secundario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ #de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Apellido de asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_  
 Relacion al paciente:     Si mismo  Esposo/a  Nino  Otro: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Como condición de su tratamiento en la Clínica Tribal de Santa Ynez, arreglos financieros se tienen que hacer en avanzado. La clínica depende de el reembolso de los pacientes que incurre del cuidado. La responsabilidad financiera del paciente tiene que ser determinado antes de empezar el tratamiento.

Pacientes con aseguransa entienden que los servicios proveídos serán cobrados directamente al paciente y que él/ella serán responsables de los pagos por los servicios. Esta oficina ayudara a preparar las formas para la aseguransa y asistir en coleccionar de las compañías de aseguransa y acreditaran su cuenta si se colecta algún pago. Sin embargo, esta clínica no puede prestar servicios con la suposición que los cargos serán pagados por completo por la compañía de aseguransa.

Una tarifa servicial de 1½% por mes (18% anual) será cobrada a su balance no remunerado que sobrepasen 60 días, a menos que usted tenga un arreglo financiero.

En la consideración para los servicios profesionales hechos a mí, o conforme a mi petición, por el doctor, acuerdo pagar por lo tanto el valor razonable del doctor dicho de los servicios, o a su cesionario, cuando se hacen los servicios dichos. Convengo más lejos que el valor razonable de los servicios dichos estará según lo mandado la cuenta a menos que sea opuesto a, por mí, en la escritura, dentro de la época para el pago de eso. Convengo más lejos que una renuncia de cualquier abertura de en cualquier momento o condiciono abajo no constituiré una renuncia de cualquier término más otro o condicionar y acuerdo más lejos pagar todos los costes y honorarios razonables del abogado si el juego se instituya abajo.

Concedo mi permiso usted o a su cesionario, para llamarme por teléfono en mi hogar o en mi trabajo para discutir las materias relacionadas con esta forma.

HE LEÍDO LAS CONDICIONES ANTEDICHAS DEL TRATAMIENTO Y DEL PAGO, Y CONVENGO SU CONTENIDO.

Firma del paciente/padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
 Firma de persona responsable por pagar / Partido responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

STAFF USE ONLY:     Address verified by Eligibility Specialist    Signature: \_\_\_\_\_  
                            CHS or Direct Status verified    Signature: \_\_\_\_\_

**SANTA YNEZ TRIBAL HEALTH CLINIC**  
**Medical Health History - Pediatric**

Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

**Historial Familiar:**

Apellido de la mama: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Apellido de el papa: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Los padres son:  Casados  Divorciados  Casados con otra pareja  Separados  Solteros

El bebe principalmente vive con:  Mama  Papa  Los dos  Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Otras personas viviendo en el hogar:

NOMBRE: _____	EDAD: _____	RELACION AL PACIENTE: _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Quien cuida al niño/niña:

Durante el día: \_\_\_\_\_  Después/Antes de escuela: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE NACIMIENTO**

El bebe nació:  Cesaria  Vaginal Peso: \_\_\_\_\_ lbs/oz De Largo: \_\_\_\_\_ in

Hospital: \_\_\_\_\_ Lugar(ciudad) \_\_\_\_\_

Cuantos días permaneció el bebe en el hospital? \_\_\_\_\_ días

El bebe tuvo problemas al nacer o inmediatamente después?  No  Si (especificar): \_\_\_\_\_

La mama del bebe tuvo problemas durante el embarazo o mientras daba luz?  No  Si (especificar): \_\_\_\_\_

**Desarrollo / Comportamiento**

El/La bebe Sentó solo/a a los: \_\_\_\_\_ Meses Uso el baño a los: \_\_\_\_\_ Anos  
 Camino solo/a a los: \_\_\_\_\_ Meses Oraciones de dos palabras: \_\_\_\_\_ Anos  
 Dijo su primera palabra a los: \_\_\_\_\_ Meses

**Historial Medico del Paciente**

El/La bebe ha sido hospitalizada?  No  Si  
 especificar: Cuando: \_\_\_\_\_ Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

El/La bebe ha tenido alguna cirugía?  No  Si  
 especificar: Cuando: \_\_\_\_\_ Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

El/La bebe toma medicamentos por lo regular?  No  Si  
 especificar: Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Que a menudo: \_\_\_\_\_

Su hijo/hija tiene alergias a:  medicinas  comidas  piquetes de insectos especificar: \_\_\_\_\_

Su hijo/hija tiene alguna de las siguientes condiciones?

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Viruela                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis           | <input type="checkbox"/> Ataque epiléptico      |
| <input type="checkbox"/> Asma/Alergias               | <input type="checkbox"/> Estreñimiento/Diarrea   | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel  |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la vejiga     | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Envenenar de plomo  | <input type="checkbox"/> Problemas con el habla |
| <input type="checkbox"/> Desorden de hemorragia      | <input type="checkbox"/> Infección de Oído/Sinus | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Problema de vista/oír   | <input type="checkbox"/> Retraso mental      | <input type="checkbox"/> Tuberculosis           |
| <input type="checkbox"/> Cancer                      | <input type="checkbox"/> Heart problems          | <input type="checkbox"/> Neumonía            | <input type="checkbox"/> Otro                   |

**Historial Medico Familiar:**

Alguien en su familia ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

<input type="checkbox"/> Alcolismo/Adicción	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Alta presión	<input type="checkbox"/> Retraso mental
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> SIDA / VIH	<input type="checkbox"/> Ataque epiléptico
<input type="checkbox"/> Asma/Alergias	<input type="checkbox"/> Sordera a edad temprana	<input type="checkbox"/> Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides
<input type="checkbox"/> Defectos al nacer / SIDS	<input type="checkbox"/> Problemas de oído/vista	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Desorden de sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón		

# CUESTIONARIO DE EVALUACION PARA TUBERCULOSIS

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Su Nombre Completo: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha tenido una prueba de tuberculosis (PPD por sus siglas en inglés)?  Si  No  
¿Si lo tuvo, cuál es la fecha de la prueba más reciente? Fecha: \_\_\_\_\_  
¿Cuál fue el resultado?  Negativo  Positivo
2. ¿Si su prueba fue positivo, cuál fue la fecha de la radiografía, del pecho, más reciente?  
Fecha: \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el resultado?  Negativo  Positivo
3. ¿Ha recibido tratamiento para la tuberculosis o ha recibido tratamiento porque tuvo una prueba positivo?  Si  No  
¿Si fue positivo, cuál medicamento le recetaron? \_\_\_\_\_  
¿Aproximadamente, cuál fue la fecha del tratamiento? De cuál fecha: \_\_\_\_\_ A cuál fecha: \_\_\_\_\_
4. ¿Fue expuesto a alguien con tuberculosis activo?  Si  No
5. ¿Ha vivido o trabajado en una clínica médica o hospital, en un asilo de personas sin hogar, establecimiento de desintoxicación para droga o alcohol, o en la cárcel, en donde usted pudo haber tenido contacto directamente con personas infectadas con tuberculosis?  Si  No
6. ¿Ha vivido o viajado extensivamente en África, Asia, Centro América, México, o Sur América?  Si  No
7. ¿Tiene cualquier enfermedad médica que es conocida como alguna que suprime el sistema inmune, tal como cancer, VIH, o adicción al alcohol o droga?  Si  No
8. ¿Ha tenido una enfermedad que requiere tratamiento con quimioterapia o prednisone (cortisona)?  Si  No
9. ¿Ha recibido la vacuna BCG (por sus siglas en inglés)?  Si  No  
¿Si su contestación, cuando (aproximada)? Fecha: \_\_\_\_\_

**REVIEWED BY MD:** \_\_\_\_\_ TB Risk:  High  Low MD Initial: \_\_\_\_\_

*This part to be completed by medical technician* Test placed by: \_\_\_\_\_

Date of Test: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Site: \_\_\_\_\_

Manufacturer: \_\_\_\_\_ Lot #: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_

Date Read: \_\_\_\_\_ Read By: \_\_\_\_\_ Result: Induration: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mm

Interpretation:  Negative  Positive Action Taken: \_\_\_\_\_

**THE FORM BELOW MAY BE COMPLETED, REMOVED AND GIVEN TO THE PATIENT FOR THEIR RECORDS**

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

TB Test (PPD) Results:  Negative  Positive Test Date: \_\_\_\_\_ Date Read: \_\_\_\_\_

Signature of person reading test: \_\_\_\_\_

Name of Provider or Medical Clinic: \_\_\_\_\_



# Santa Ynez Tribal Health Clinic

90 Via Juana Lane • PO Box 539 • Santa Ynez, Ca. 93460

P: (805) 688-7070 • F: (805) 686-2060

E: [info@sythc.org](mailto:info@sythc.org) • W: [www.sythc.org](http://www.sythc.org)

Chart #: \_\_\_\_\_

## Reconocimiento de Practica de Privacidad, Asignación de Beneficios & Directivo de Cuidado Medico

Yo entiendo que la información que e proporcionado y que se encuentra en mi expediente es necesaria para la Clínica Tribal de Santa Ynez y sus empleados, en conjunción con Indian Health Services (IHS), para proporcionarme cuidado para mi salud y bien estar. Yo entiendo que la información de mi expediente médico es almacenada seguramente sea electrónicamente o físicamente, y mi expediente médico no será divulgado a otra agencia o personas, a menos que se especifique como uso rutinario, sin mi consentimiento firmado.

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco lo siguiente:

(Escriba su nombre o nombre del padre/del guarda legal aquí)

- Se me ha proporcionado una copia de *HIPAA Privacy Act Notice* para leer.
- Se me a proporcionado una copia de *Derechos y Responsabilidades del Paciente* pare leer.

Puedo pedirle una copia de cualquier forma a la recepcionista si es que elijó.

La clínica Tribal de Santa Ynez (SYTHC) es considerada una facilidad de entrenamiento, y tiene, de tiempo a tiempo, a gente no empleada (estudiantes, internos, doctores interesados en empleo, representantes de cuidado medico, topógrafos, etc.) en nuestros premisas. Normalmente, estas personas no empleadas, son permitidas en areas de cuidado al paciente para poder observar y/o asistir al doctor.

Yo entiendo que tengo la opción de, a cualquier momento, pedir que cualquier persona no empleada (estudiantes, internos, y/o otros profesionales) sea excusada mientras yo esté recibiendo cuidado y servicios medicos.

### Asignación de Beneficios:

**(Inicial Aquí)** Pido que el pago bajo mi seguro médico sea hecho directamente a la Clínica Tribal de Santa Ynez. Yo entiendo que soy responsable financia mente si:

- Mi seguro medico no cubre un servicio específico;
- Mi seguro medico no cubre mis servicios (deducible); y/o
- My seguro medico ha sido terminado.

### Poder del Cuidado Médico/Directivo Avanzado del Cuidado Médico:

**(Inicial Aquí)** Si, a cualquier hora, debería convertirme, temporalmente o permanentemente, incapaz de tomar decisiones de mi cuidado médico, mi poder del cuidado médico será: \_\_\_\_\_

(Escriba el nombre aquí)

Mi poder del cuidado médico puede tomar todas las decisiones sobre:

- Mi cuidado médico, dental y servicios mentales.

Estas decisiones serán consistentes con mis deseos, o, si mis deseos no son conocidos, serán consistentes con el mejor interés.

Place scan stamp here

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre, Guardián  
o Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

\_\_\_\_\_  
Firma y Titulo del Empleado de SYTHC

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy